

ADEMAR NIENKOETTER CARPES

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES QUE
FORAM A ÓBITO POR SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA NO
HOSPITAL NEREU RAMOS, EM FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 2003.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.

FLORIANÓPOLIS – SC

2004

ADEMAR NIENKOETTER CARPES

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES QUE
FORAM A ÓBITO POR SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA NO
HOSPITAL NEREU RAMOS, EM FLORIANÓPOLIS NO ANO DE 2003.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.

ORIENTADOR
PROF. DR. OSVALDO VITORINO OLIVEIRA

FLORIANÓPOLIS – SC
2004

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser supremo, que continue nos agraciando por caminhos retos e nos iluminando com a luz de sua bondade.

A minha mãe Nelsina Nienkoetter Carpes por guiar-me para os princípios intelectuais, pela palavra amiga, pelo apoio, compreensão, pela cobrança nas horas certas e pela sua dedicação exclusiva aos seus filhos nesta jornada.

Ao meu pai Ademar Pereira Carpes, por ensinar-me que caráter, honestidade e hombridade são os princípios que um homem deve possuir ao longo de sua vida.

Ao meu irmão e amigo, Kleber Nienkoetter Carpes companheiro das incansáveis viagens de Tijucas até Florianópolis na época do cursinho e por sempre acreditar em mim.

Aos funcionários do Serviço de Arquivamento Médico do Hospital Nereu Ramos representadas nas pessoas de Cícero Roberto da Silveira, Sérgio Néri Ferreira e Sérgio Murilo da Silva no manuseio do banco de dados.

Ao Dr. Jorge Fontana, médico psiquiatra do HU-UFSC, um grande amigo conquistado ao longo desta jornada.

Aos meus avós e padrinhos Albertino Nienkoetter e Verônica Buss Nienkoetter por acreditarem que isso seria possível.

Ao meu tio, amigo e padrinho Manoel Martins Rodrigues (in memorian) por sua alegria que nos contagiava, pelo seu entusiasmo, pela sua grande disposição ao trabalho e por sempre acreditar em mim.

A Michele Panosso Dotto por me dar uma filha tão linda como a Maria Luiza Dotto Carpes e pela colaboração na digitação deste.

Ao meu orientador e Prof. Dr. Osvaldo Vitorino Oliveira, por me receber com cordialidade e aceitar prontamente para a realização desta tarefa.

Aos pacientes: mesmo que não tenhamos nos conhecido, fica o sincero agradecimento pela essencial contribuição nesta longa jornada de compreensão e combate a doença. Que Deus os ilumine.

RESUMO

No ano de 2003 ocorreram 85 óbitos de pacientes que tiveram como causa básica e/ou associada SIDA no Hospital Nereu Ramos. Verificou-se em estudo prospectivo que a principal causa de óbito foi a tuberculose. O perfil revelou um predomínio de homens brancos, com uma razão de masculinidade de 2,26, solteiros, entre 40 a 49 anos de idade, com até sete anos de estudo, usuário de drogas injetáveis e com contagem de CD4 inferior a 100 células/mm³. Verificou-se que 22 pacientes tiveram o diagnóstico da SIDA/HIV na primeira internação que resultou em óbito. Encontrou-se que 69,41% dos pacientes não utilizavam terapia antiretroviral, sendo que destes, 47,46% eram usuários de drogas injetáveis. A sobrevida mediana dos pacientes foi de 19 meses, sendo que para o sexo masculino foi de 24 meses e para o sexo feminino foi de três meses.

ABSTRACT

85 patients died from AIDS-related diseases at the Nereu Ramos Hospital in the year of 2003. A prospective study showed that these deaths were caused mainly by tuberculosis. The profile revealed the prevalence of single, white men, in a 2.26 manliness rate, between ages 40 to 49, with up to seven years of education, and users of injecting drug, with a CD4 count below 100 cells/mm³. 22 of the patients were diagnosed as having HIV/AIDS in the first internment resulting in death. 69.41 of the patients were not under antiretroviral therapy; of these, 47.46 were users of injecting drug. Patients had a median extended life of 19 months, being 24 months for the men, three months for the women.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	07
2.0 OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	11
3.0 MATERIAL E MÉTODO.....	12
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	12
4.2 LOCAL.....	12
4.3 POPULAÇÃO.....	12
4.4 COLETA DE DADOS.....	13
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	15
4.0 RESULTADOS.....	16
5.DISSCUSSÃO.....	24
6.0 CONCLUSÃO	37
7.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1.0 INTRODUÇÃO

Descrita inicialmente, em 1981, por Gottlieb e col¹, em cinco homossexuais do sexo masculino com pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem se mostrando uma importante causa de morbidade e mortalidade para os mais diferentes estratos populacionais, sendo incertas, até o momento, as possibilidades de controle dessa pandemia, como afirma THULER et al².

Como explica RACHID et al³, em 1983, foi identificado o agente etiológico, o vírus denominado HIV ou vírus da imunodeficiência humana, pertencente à sub-família lentivírus dos retrovírus humanos. O HIV é um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode, então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de pró-vírus. O DNA viral, é copiado em RNA-mensageiro, que é transcrito em proteínas virais. Ocorre então, a montagem do vírus e, posteriormente, a gemulação. O HIV infecta principalmente células que apresentam a molécula CD4 em sua superfície, predominantemente linfócitos CD4 (linfócitos T4 ou T-helper) e macrófagos.

Conforme ADLER⁴, o modo mais comum de transmissão do vírus no mundo, com taxas de 70 a 80% de transmissão global, é através do intercuro sexual. Outros modos de transmissão são através do compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas pelos usuários de drogas injetáveis, com uma taxa de 5 a 10% de transmissão global. Há ainda a transmissão perinatal com taxas de 5 a 10 % de transmissão (global), a transfusão sanguínea com taxas de 3 a 5% e por fim, os acidentes com materiais perfurocortantes, com taxas menores que 0,01%.

A depressão progressiva de linfócitos CD4 tem sido reconhecida como evento central na patogênese e na progressão desta doença, segundo YARCHOAN et al⁵.

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes

regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo². A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral, como nos apresenta BRITO et al ⁶.

Para autores como THULER et al ², LEMP et al ⁷ E MOORE et al ⁸, a evolução dos conhecimentos e da utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos fez com que a AIDS tivesse a sua história natural alterada. Com um comportamento agudo e rapidamente fatal observado nos primeiros casos, vem assumindo características de doença crônica, apresentando-se hoje, na maioria das ocasiões, como uma infecção com um longo período assintomático, que pode ser interrompido por infecções oportunistas ou neoplasias, com uma sobrevida que pode atingir mais de 10 anos.

Como nos colocam LEMOS E VALENTE et al ⁹, durante os anos 80, a infecção pelo HIV emergiu como uma das principais causas de morte nos Estados Unidos entre homens de 25 e 44 anos. Neste sexo e grupo etário, foi, em 1990, a principal causa de morte em 64 cidades americanas. Segundo estes mesmo autores, em 1994, estimou-se que 41.930 pessoas residentes nos estados unidos morreram devido à infecção pelo HIV, das quais 72% tinham entre 25 e 44 anos. Neste mesmo ano, a infecção pelo HIV ocupou, entre 72 causas selecionadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos estados Unidos, a oitava posição, constituindo-se na população de 25 a 44 anos, na principal causa de morte entre os homens e na terceira causa entre as mulheres (CDC, 1996).

Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde ¹⁰, no Brasil, o total de óbitos encontrados que tinham como causa básica a AIDS, desde 1980, foi de 101374, sendo que 26.059 eram do sexo feminino e 75.315 do sexo masculino. Para o ano de 1990, foram registrados 5.472 óbitos, que representavam um coeficiente de mortalidade de 3,73 por 100.000 habitantes. Esse coeficiente de mortalidade apresentou tendência crescente até o ano de 1995, quando atingiu o valor de 9,79 óbitos por 100.000 habitantes. Essa tendência reverteu-se a partir deste ano, e, nos dois períodos subsequentes, obtivemos uma redução no coeficiente de mortalidade por AIDS e suas unidades federadas. Em 1996, este coeficiente foi de 8,34, e em 1997, foi de 7,26 por 100.000 habitantes, excluídos os estados sem registro de óbito.

Segundo LEMOS E VALENTE et al ⁹, no estado do Rio de Janeiro, a mortalidade por AIDS passou de 11,8/100.000, em 1995, correspondendo a um aumento de 58%. A estratificação por sexo mostra que esse crescimento foi observado tanto para homens (26,6/100.000 para 30,2/100.000) quanto para mulheres (3,7/100.000 para 7,9/100.000), ainda que tenha sido menor para o sexo masculino (46% *versus* 113%).

Os autores nos colocam ainda, que embora o aumento das taxas, inclusive nos anos mais recentes, observa-se que a curva de mortalidade por AIDS apresentou um crescimento acentuado até 1989, período em que o crescimento das taxas ultrapassa 50% ao ano. Considerando-se homens e mulheres conjuntamente, a taxa de mortalidade por AIDS cresceu de 0,9/100.000 em 1986 para 2,7 em 1987, em 4,6 em 1988 e 7,1 em 1989. A partir de então, observa-se desaceleração na velocidade de crescimento das taxas cujo crescimento de 34% observado em 1989 (7,1/100.000) e 1990 (9,1/100.000) reduz-se a 8% nos dois últimos anos da série (17,3/100.000 em 1994 e 18,7 em 1995).

Conforme SANTO et al ¹¹, a AIDS como causa básica foi responsável por 2,0% dos óbitos do estado de São Paulo em 1998, equivalente a décima mais importante quando comparada com todas as demais causas distribuídas pelos capítulos da CID-10. A AIDS foi a segunda causa morte entre as idades de 20 e 34 anos nos homens e entre 25 e 34 anos nas mulheres¹¹. Entre os óbitos, 70% foram de homens e 29,1% de mulheres, dos quais, respectivamente, 75,5% e 71,7% entre 24 e 44 anos de idade consistindo no grupo etário no qual os coeficientes mais elevados foram observados.

É importante ressaltar que a região Sul do Brasil, é onde se apresenta o maior crescimento de epidemia, atualmente; e, ao observarmos os seus dados de mortalidade, verificamos se esta região com menor redução no número de óbitos. De fato, a diminuição na variação percentual dos óbitos, de 14,765 para o ano de 1997, com relação a 1995, nos seus estados, verificaram-se pequenas reduções nos seus coeficientes, se compararmos com os estados de outras regiões, principalmente do Sudeste. Apesar de redução do número de óbitos encontrados, a AIDS é a quarta causa de óbito no grupo etário de 20 e 49 anos, para o ano de 1996, (último ano com dados de mortalidade já definitivos), conforme dados divulgados pelo Ministério da saúde ¹⁰.

Segundo PEIXOTO ¹², em Santa Catarina a AIDS é hoje a principal causa de óbito no grupo de Doenças Infecciosas e Parasitárias abarcando 38,5% do total e já representa,

sozinha, quase 2% do total geral de óbitos, com um coeficiente de mortalidade de 7,9/100.000 habitantes (11,7 para o sexo masculino e 4,1 para o sexo feminino). Os maiores coeficientes de mortalidade por esta causa estão nas Regionais de Itajaí e Florianópolis (20,9 e 15,5) e os menores, no oeste catarinense.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estudar e descrever os descritores clínico-epidemiológicos (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e categoria de exposição) da mortalidade hospitalar em pacientes internados para o diagnóstico e tratamento de condições clínicas relacionadas à infecção pelo HIV, e o padrão de mortalidade devido à SIDA segundo causas básicas e associadas ocorridos no Hospital Nereu Ramos no ano de 2003.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar se foi a primeira internação por AIDS que resultou em óbito.
- Estabelecer o tempo médio de vida e a sobrevida dos pacientes desde o diagnóstico da condição de portadores do HIV/SIDA.
- Estabelecer o número de dias de hospitalização até a ocorrência do óbito.
- Estabelecer o número de internações prévias na instituição em que ocorreu o óbito.
- Verificar se havia contagem de células CD4 e uso de terapia anti-retroviral.
- Correlacionar a condição de uso de terapia anti-retroviral com a categoria de exposição.
- Correlacionar o tempo médio de vida e a sobrevida mediana entre os sexos e as categorias de exposição.
- Estabelecer a idade em que ocorreu o óbito
- Verificar se todos os óbitos que tiveram como causa de morte AIDS, preenchiam os Critérios de Definição de Caso de AIDS para Indivíduos Maiores de 13 anos, para fins de Vigilância Epidemiológica (de acordo com a revisão feita pelo Ministério da Saúde e publicada em abril de 2000).

3.0 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Estudo do tipo prospectivo, baseado em análise do banco de dados do HNR.

3.2 Local

O estudo foi realizado junto ao serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital Nereu Ramos (HNR), em Florianópolis.

3.3 População

Foram estudados todos os casos de óbito de pacientes que preencham os seguintes requisitos:

- Sorologia comprovada para o HIV (duas amostras positivas por ELISA confirmadas por Imunofluorescência ou Western Blot);
- Internados na Ala-V do HNR;
- Tiveram como citação AIDS, SIDA, imunodeficiência, registrados em seus prontuários ou nos atestados de óbito;
- Tiveram quantificação de linfócitos-T, CD4+/CD8+ abaixo de 350 células/mm³.

3.4 Coleta de Dados

Foram estudadas as informações do Banco de Dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), sendo analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, categoria de exposição, preferência sexual, contaminação vertical, número de dias de hospitalização até a ocorrência do óbito, número de internações prévias na instituição em que ocorreu o óbito, condição de primeira internação por AIDS que resultou o óbito, contagem de células CD4 e uso de terapia anti-retroviral.

Ressaltamos que a pesquisa não envolveu contato direto com pacientes, sendo as informações coletadas diretamente de um banco de dados, o qual não revela a identidade dos pacientes, garantindo a privacidade e os aspectos éticos da pesquisa.

Crêterios Estabelecidos e Variáveis Estudadas

Idade: foi classificada em anos de vida vividos até a ocasião do  bito.

Sexo: classificada em masculino, feminino.

Cor: classificada em branca, preta, amarela, indígena, parda ou ignorado.

Estado civil: classificada em solteiro, casado, vi vo, separado ou união consensual.

Escolaridade: classificada em anos de estudos concl idos.

Categoria de exposi o: foi classificada em usuário de drogas injetáveis, heterossexual, homossexual, recebimento de sangue e/ou hemoderivados.

Preferência sexual: classificada em heterossexual, homossexual ou bissexual.

Contamina o vertical: foi classificada em ocorrência contamina o (houve), não ocorrência de contamina o (não houve), não se aplica ou ignorado.

Número de dias de hospitaliza o até a ocorrência do óbito: ao mensurarmos o tempo de intern o, este foi expresso em número de dias absolutos, independentemente da data de admissão ter ocorrido no ano anterior (2002).

Número de intern o es prévias na institui o em que ocorreu o óbito : estabeleceu-se em número absoluto o número de intern o es anteriores   intern o que culminou com  bito.

Condi o de primeira intern o por AIDS que resultou o óbito: foi observado se foi a primeira intern o institucional que desencadeou em  bito.

Contagem de CD4: foi considerada a contagem de células CD4 dos seis meses que antecederam o  bito.

Uso de terapia antiretroviral: foi considerado paciente em uso de antiretroviral, aquele que teve uma aderência com uma taxa maior ou igual a 90% de uso dos antiretrovirais, num período de 30 dias antes da ocasião do  bito ^{13,14}.

3.5 Análise Estatística

Para a computação e análise dos dados, foi empregado o Microsoft Excell 97[®].

As variáveis contínuas foram representadas em valores absolutos e com a média dos valores encontrados mais ou menos um desvio padrão.

4.0 RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 85 óbitos no Hospital Nereu Ramos (HNR), ocorridos no ano de 2003, dos quais 59 eram do sexo masculino e 26 do sexo feminino, obtendo-se uma razão homem/mulher de 2,26.

Em relação à faixa etária, a idade dos pacientes estudados variou entre 19 e 60 anos (idade mínima de 19 anos no sexo masculino e de 22 anos no sexo feminino; encontrou-se ainda, a idade máxima de 60 anos tanto para o sexo masculino quanto para o feminino). A idade média dos pacientes foi de $38,47 \pm 8,91$ anos, sendo a idade média do sexo feminino de $39,84 \pm 10,01$ anos e do sexo masculino de $37,86 \pm 8,41$ anos.

A distribuição da variável faixa etária/sexo segue o disposto na Tabela 1.

TABELA 1- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 20 anos	01 (1,69 %)	00 (0 %)	01 (1,18 %)
20-29 anos	09 (15,25 %)	04 (15,38 %)	13 (15,29 %)
30-39 anos	22 (37,29 %)	08 (30,77 %)	30 (35,29 %)
40-49 anos	23 (38,99 %)	10 (38,46 %)	33 (38,82 %)
50-59 anos	03 (5,09 %)	03 (11,54 %)	06 (7,06 %)
60-69 anos	01 (1,69 %)	01 (3,85 %)	02 (2,35 %)
Total	59 (69,41 %)	26 (30,59 %)	85 (100 %)

No que se refere a variável cor, foram encontrados um total de 74 indivíduos da cor branca, 10 da cor preta e 01 classificado como pardo, conforme disposto na Tabela 2.

TABELA 2- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo cor e sexo.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Branca	51 (86,44%)	23 (88,46%)	74 (87,06%)
Preta	07 (11,87%)	03 (11,54%)	10 (11,76%)
Parda	01 (1,69%)	00 (0%)	01 (1,18%)
Total	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85 (100%)

Quanto ao estado civil, encontrou-se um total de 40 indivíduos solteiros, 21 casados, 9 separados, 3 em união consensual, 6 viúvos e 6 indivíduos com esse critério ignorado. A distribuição segundo o estado civil segue o disposto na Tabela 3.

TABELA 3- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo sexo e estado civil.

Estado Civil	Masculino	Feminino	Total
Solteiro	33 (55,93%)	07 (26,33%)	40 (47,06%)
Casado	13 (22,03%)	08 (30,77%)	21 (24,70%)
Separado	05 (8,47%)	04 (15,38%)	09 (10,59%)
União consensual	03 (5,09%)	00 (0%)	03 (3,53%)
Viúvo	02 (3,39%)	04 (15,38%)	06 (7,06%)
Ignorado	03 (5,09%)	03 (11,54%)	06 (7,06%)
Total	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85 (100%)

Os resultados sobre o grau de escolaridade dos pacientes que foram a óbito encontram-se a seguir, na Tabela 4.

TABELA 4- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo sexo e escolaridade em anos de estudo.

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Nenhum	2 (3,39%)	1 (3,85%)	3 (3,53%)
1-3 anos	6 (10,17%)	8 (30,77%)	14 (16,47%)
4-7 anos	29 (49,15%)	10 (38,46%)	39 (45,88%)
8-11 anos	12 (20,34%)	6 (23,07%)	18 (21,18%)
> 12 anos	8 (13,56%)	1 (3,85%)	9 (10,59%)
Ignorada	2 (3,39%)	0 (0%)	2 (2,35%)
Total	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85 (100%)

Na análise da categoria de exposição observou-se que 45,88% dos indivíduos contraíram o vírus por relação sexual, 40% pelo uso de drogas injetáveis.

Os resultados referentes à categoria de exposição encontram-se na Tabela 5.

TABELA 5- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo sexo e categoria de exposição.

Categoria de Exposição	Masculino	Feminino	Total
Heterossexual	17 (28,82%)	13 (50%)	30 (35,29%)
Bissexual	9 (15,25%)	0 (0%)	9 (10,59%)
Homossexual			
UDI	28 (47,46)	6 (23,08)	34 (40%)
Sangue e Hemoderivados	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Não especificado	5 (8,47%)	7 (26,92%)	12 (14,12%)
Total	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85 (100%)

Em relação ao diagnóstico de SIDA, 22 pacientes (25,88%) tiveram o diagnóstico na primeira internação por doença oportunista abrindo o quadro clínico que resultou no óbito, sendo que 10 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino.

TABELA 6- Contagem de células CD4 nos seis meses que precederam a última internação em que ocorreu o óbito por SIDA, no HNR, segundo sexo.

Células CD4	Masculino	Feminino	Total
1-100	20 (66,67%)	11 (78,57%)	31 (70,46%)
101-200	09 (30%)	30 (21,43%)	12 (27,27%)
201-350	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
351-500	1 (3,33%)	0 (0%)	1 (2,27%)
Total	30 (68,18%)	14 (31,82%)	44 (100%)

TABELA 7- Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo causa básica de morte no ano de 2003.

Diagnóstico principal	Total de óbitos
Troboembolismo pulmonar	1
Insuficiência hepática	2
Hepatite C	3
Edema agudo de pulmão	1
SIDA	78
Total	85

TABELA 8- Distribuição das causas associadas de morte, segundo sexo, ocorridas no HNR no ano de 2003.

Causas associadas de morte	Masculino	Feminino	Total
Tuberculose*	19 (16,1%)	11 (23,4%)	30 (18,18%)
Neurocriptococose	13 (11,01%)	2 (4,25%)	15 (9,09%)
Neurotoxoplasmose	12 (10,16%)	2 (4,25%)	14 (8,48%)
Pneumocistose	12 (10,16%)	4 (8,51%)	16 (9,69%)
Pneumonia bacteriana	15 (12,71%)	10 (21,27%)	29 (15,15%)
Diarréia	4 (3,38%)	3 (6,38%)	7 (4,24%)
SIDA	5 (4,23%)	2 (4,25%)	7 (4,24%)
LEMP**	5 (4,23%)	0 (0%)	5 (3,03%)
Sepse	10 (8,47%)	4 (8,51%)	14 (8,48%)
Hepatopatia	4 (3,38%)	2 (4,25%)	6 (3,63%)
Estrongiloidíase	1 (0,84%)	1 (0,6%)	2 (1,21%)
Linfoma	2 (1,69%)	1 (2,12%)	3 (1,81%)
Sarcoma de Kaposi	3 (2,54%)	0 (0%)	3 (1,81%)
Citalomegalovirose	2 (1,69%)	2 (4,25%)	4 (2,42%)
Hepatite C	3 (2,54%)	0 (0%)	3 (1,81%)
Outras	8 (6,77%)	3 (6,38%)	11 (6,66%)
Total	118 (100%)	47 (100%)	165 (100%)

*Tuberculose pulmonar, extra-pulmonar e disseminada.

** Leucoencefalopatia multifocal progressiva.

Dos 63 pacientes que foram a óbito no ano de 2003 no HNR por SIDA, 34 (53,96%) apresentaram internações anteriores nesta instituição. A média masculina de internações anteriores foi de 4,14 e um desvio padrão (DP) de 7,8. Já no feminino a média de internações anteriores foi de 3,16 e um DP de 2,13.

No total, a média de internações anteriores foi de 3,97 e o DP de 6,64.

Somados os 85 pacientes incluídos no estudo chegou-se ao total de 2284 dias de internação. Entre os homens 1694, com média de 28,71 e um DP de 47,75; entre as mulheres 590 dias, com média de 22,69 dias e um DP de 25,18. A média de dias de internação por paciente foi de 26,87 com DP de 42,08.

Outras variáveis estudadas foram o uso ou não de terapia antiretroviral (TARV) e sua correlação com as categorias de exposição.

A tabela 9 mostra os resultados dos pacientes que foram a óbito no HNR no ano de 2003, segundo sexo e grau de adesão à terapia antiretroviral.

TABELA 9- Distribuição dos pacientes que foram a óbito no HNR no ano de 2003, segundo sexo e grau de adesão à terapia antiretroviral.

Uso de TRV	Masculino	Feminino	Total
Uso de terapia	15 (25,43%)	5 (19,23%)	20 (23,53%)
Uso de terapia irregular	5 (8,47%)	1 (3,85%)	6 (7,06%)
Sem terapia	39 (66,1%)	20 (76,92%)	59 (69,41%)
Total	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85 (100%)

A tabela 10 mostra os indivíduos que tiveram indicação de TARV e nunca utilizaram, aqueles que tiveram indicação e iniciaram a terapia interrompendo-a em algum momento com razão indefinida, e ainda, aqueles que nunca utilizaram a TARV por desconhecer sua condição de portadores de SIDA/HIV.

TABELA 10- Distribuição dos pacientes que foram a óbito no HNR no ano de 2003, que não utilizavam terapia antiretroviral segundo sexo e condição de desuso.

	Masculino	Feminino	Total
Nunca utilizou	4 (12,26%)	2 (10%)	6 (10,17%)
Iniciou e interrompeu	22 (56,41%)	5 (25%)	27 (45,76%)
Ignorado	3 (7,69%)	1 (5%)	4 (6,78%)
Nunca utilizou por desconhecer	10 (25,64%)	12 (60%)	22 (37,29%)
Total	39 (66,1%)	20 (33,9%)	59 (100%)

Na tabela 11 podemos verificar a distribuição dos pacientes que foram a óbito no HNR, que não utilizavam TARV de acordo com o sexo e a categoria de exposição

TABELA 11- Distribuição dos pacientes que foram a óbito no HNR no ano de 2003, que não utilizavam TARV, segundo sexo e categoria de exposição.

	Masculino	Feminino	Total
Ignorado	5 (12,82%)	6 (30%)	11 (18,64%)
Heterossexual	9 (23,08%)	8 (40%)	17 (28,81%)
Homossexual/bissexual	3 (7,69%)	0 (0%)	3 (5,09%)
UDI	22 (56,41%)	6 (40%)	28 (47,46%)
Total	39 (66,1%)	20 (33,9%)	59 (100%)

TABELA 12 - Distribuição dos pacientes que foram a óbito no HNR no ano de 2003, que não utilizavam TARV, que abandonaram e que nunca utilizaram a TARV por desconhecerem ser portadores da doença, segundo categoria de exposição.

Categoria de exposição	Nunca utilizou	Interrompeu	Nunca utilizou por desconhecer	Ignorado
Heterossexual	1 (16,66%)	5 (18,53%)	8 (36,37%)	2 (50%)
Homossexual/bissexual	0 (0%)	1 (3,7%)	2 (9,09%)	0 (0%)
UDI	4 (66,68%)	19 (70,37%)	5 (22,72%)	1 (25%)
Ignorado	1 (16,16%)	2 (7,4%)	7 (31,82%)	1 (25%)
Total	6 (100%)	27 (100%)	22 (100%)	4 (100%)

Com relação ao tempo médio de vida dos pacientes que foram a óbito tendo como causa básica e associada a SIDA, verificou-se um tempo médio de vida de 41,9 meses, sobrevida mediana de 19 meses, com DP 46,68.

Comparando-se o total masculino com o total feminino, verificamos no sexo feminino que o tempo médio de vida era de 30,04 meses, sobrevida mediana de três meses

e DP 40,73. No sexo masculino o tempo médio de vida foi de 47,05 meses, sobrevida mediana de 24 meses e DP 48,5 meses.

Comparando-se o tempo médio de vida, entre os pacientes que faziam uso de TARV e aqueles que não faziam uso da mesma, encontrou-se para aqueles que faziam uso de TARV, um tempo médio de vida de 65,72 meses de vida, uma mediana de 76 meses e com DP 45,62. Já para aqueles que não faziam uso de TARV, este índice foi de 30,23 meses, sobrevida mediana de cinco meses e DP 42,98.

Comparando o uso de TARV relacionado com o fator sexo, percebeu-se que entre o sexo feminino as pacientes que não aderiam ao tratamento tiveram um tempo médio de vida de 18,05 meses, sobrevida mediana de dois meses e com DP 36,78. Já as pacientes que faziam uso de TARV obtiveram um tempo médio de vida de 73,2 meses, sobrevida mediana de 84 meses e DP 19,97.

No sexo masculino os pacientes que não utilizavam TARV tiveram um tempo médio de vida de 36,87 meses, sobrevida mediana de 17 meses e DP 45,15. Para os que utilizavam TARV o índice foi de 63,85 meses, sobrevida mediana de 72,5 meses e DP 50,27.

5.0 DISCUSSÃO

Segundo SANTO ¹¹, a história natural da infecção e da doença pelo HIV pode ser parcialmente recuperada com o estudo de causas múltiplas de morte. O conhecimento de toda amplitude de causas de morte oferece orientação adicional para medidas preventivas adequadas e específicas.

Para realização deste estudo, foram revisadas 85 histórias da última internação dos pacientes que foram a óbito e que tiveram a SIDA como causa básica e/ou associada de óbitos mencionada no banco de dados ou nas estatísticas do HNR.

Em 78 óbitos, constatou-se que a SIDA foi a causa básica desencadeadora dos eventos patológicos que culminaram com o óbito e associada à causa de morte em outros sete. Destaca-se que todos os 85 pacientes preencheram os critérios de definição de SIDA, anteriormente explicitados.

Segundo a variável sexo, BRITO ⁶, cita em seus estudos uma razão de sexo de 24:1 em 1985, para 2:1 em 1997, situando-se neste patamar.

A partir dos resultados apresentados no capítulo anterior observou-se que a distribuição dos óbitos por SIDA segundo sexo, apresenta uma proporção de 69,41% de homens e 30,59% de mulheres, determinando uma razão homem/mulher de 2,26, semelhante a encontrada por autores como SANTO ¹¹, da ordem de 2,4 e por THULER ², da ordem de 2,0 e inferior a encontrada por SANTOS ¹⁵, que era de 3,2.

Com relação ao fator idade, SANTO ¹¹ apresenta a AIDS como uma das principais causas de morte prematura, especialmente no grupo etário entre 24 e 44 anos. ZANIVAN ¹⁶ apud COHN e MEDICI, destaca que *“nesta faixa se concentra a população com maior atividade sexual, uso de drogas injetáveis, e onde se concentra a maior parte da população economicamente ativa”*.

Neste trabalho, a idade média verificada foi de 38,47 anos (\pm 8,91 anos). Segundo outros autores como SANTO ¹¹, THULER ² e SANTOS ¹⁵, as idades médias encontradas foram de 35,7 (\pm 11,2 anos), 36,3 anos e 36,7 anos, respectivamente. Os resultados desta

pesquisa, revelam uma tendência de idade média mais elevada comparando-se com os resultados expostos pelos autores supracitados.

Nos estudos de ZANIVAN ¹⁶, este encontrou que a faixa etária dos 20 aos 49 anos, concentra 85,9% dos casos de HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina.

Os resultados do presente trabalho, nos mostram a faixa etária dos 40 aos 49 anos como a mais acometida pela SIDA, correspondendo a 38,83% dos casos. A faixa etária dos 30 aos 39 anos apareceu com 35,29% e dos 20 aos 29 anos 15,29% dos pacientes, sendo que a soma destas três faixas etárias corresponde a 89,41%.

Segundo SANTOS ¹⁵, em seus estudos, a faixa etária mais acometida era dos 30 aos 39 anos, correspondendo a 49,7% dos casos e a faixa etária dos 40 aos 49 anos, em segundo lugar, com 23% dos casos.

Verificamos neste trabalho uma inversão da faixa etária mais acometida, passando a faixa etária dos 40 aos 49 anos, a ter um maior valor percentual de casos, justificando o aumento da idade média, quando comparamos os dados deste trabalho com os de SANTOS¹⁵.

Na questão cor/raça/sexo, CHAISSON ¹⁷ apud ROTHENBERG examinando a sobrevida entre pacientes com SIDA encontrou que homens homossexuais e brancos sobrevivem significativamente mais que mulheres, negros e usuários de drogas injetáveis. Segundo o mesmo autor, em seu estudo, encontrou que a sobrevida era significativamente mais curta entre mulheres, negros e usuários de drogas injetáveis (UDI), que brancos e homossexuais, sendo que o mais importante preditor de sobrevida, era o uso de AZT, indicando que esta população tinha um precário acesso a cuidados médicos por SIDA.

Neste estudo encontramos que 87,06% dos óbitos correspondem a pacientes de cor branca. Esses dados diferem do estudo de CHAISSON ¹⁷, o qual encontrou que 77% dos pacientes eram de cor negra.

Já nos estudos de THULER ², este encontrou que a cor branca foi predominante, correspondendo a 83,85 do total de óbitos, assemelhando-se mais a realidade encontrada nesta pesquisa.

Em relação ao estado civil dos pacientes analisados, entre os homens o grupo solteiro foi predominante, com 55,93%; entre as mulheres o grupo casadas/união consensual teve 30,77% do total, e as solteiras 26,93%.

Observou-se no total de homens e mulheres 47,06% de solteiros e de 28,23% de casados/ união consensual.

SANTOS ¹⁵, encontrou valores de 45,3% no total de homens e mulheres do grupo de solteiros e 31,7 no grupo casados/união consensual, onde podemos perceber um valor próximo ao grupo dos solteiros e um valor inferior no grupo de casados/união consensual.

Ao estudar a variável escolaridade, BRITO ⁶ nos coloca explica que, ainda que com restrições, utiliza a escolaridade como variável próxis de situação sócio-econômica e que o fenômeno de pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos com baixa escolaridade. Destaca ainda que houve uma expressiva mudança no perfil de escolaridade dos casos notificados entre adultos e adolescentes. Em seu estudo a totalidade dos casos de AIDS, com escolaridade conhecida, diagnosticados até 1982, apresentava nível superior ou médio; já em 1985, o percentual deste grupo alcançou 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Demonstrou ainda, que nos anos subseqüentes, houve tendência progressiva de aumento no registro de casos em indivíduos com menor grau de escolaridade, observando-se em 1989/2000, entre os casos com escolaridade informada, que, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior.

Em nosso estudo os resultados mostraram que a categoria de 4 a 7 anos de estudo (45,88%) juntamente com analfabetos (3,53%) e com a categoria de 1 a 3 anos (16,47%) totalizaram 65,88% dos óbitos. O percentual de indivíduos que foram a óbito com mais de 12 anos de estudo corresponde a 10,59%.

Em relação as categoria de exposição ao vírus, elas foram agrupadas em: transmissão sexual (homossexual, heterossexual e bissexual); transfusão de sangue e hemoderivados (incluídos os acidentes de trabalho em que há o risco de infecção – profissionais da área da saúde); uso de drogas injetáveis e casos não especificados.

Em nosso estudo não foi verificado óbito na categoria de transmissão vertical e transfusão de sangue/hemoderivados.

Segundo BRITO ⁶, no início da epidemia HIV/SIDA, o segmento populacional constituído dos homens que fazem sexo com outros homens – homossexuais e bissexuais – foi o mais atingido. No ano de 1984, 71% dos casos notificados eram referentes a

homossexuais e bissexuais masculinos. Atualmente, no Brasil, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia, com expressão relevante em todas as regiões.

Conforme o boletim epidemiológico sobre AIDS, publicado pelo Ministério da Saúde - Brasil¹⁸, divulgado em dezembro de 2002, a transmissão sexual em nosso país, constitui a principal forma de disseminação da SIDA, com 63,6% desde o início da epidemia. Destes, 15,2% eram referidos como homossexuais, 8% eram bissexuais e 40,4% eram heterossexuais. A epidemia pelo HIV/SIDA vem crescendo consideravelmente entre heterossexuais, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993 para o conjunto dos casos notificados, superando homossexuais/bissexuais.

Em nosso estudo a transmissão sexual do HIV representou 45,88% dos óbitos. A categoria heterossexual representou 35,29% com 28,82% para o sexo masculino e 50% para o sexo feminino. Os casos de infecção pela via homossexual/bissexual, respondem por 10,59% dos óbitos.

BRITO ⁶, cita quanto a categoria de transmissão sangüínea, que anotaram-se alterações relevantes, principalmente em hemofílicos e em indivíduos que receberam transfusão de sangue. Segmentos populacionais intensamente atingidos no início da epidemia apresentaram importante declínio ao longo do tempo. Essa queda explica-se pelo controle do sangue e hemoderivados, principalmente com a disponibilidade dos testes laboratoriais para detecção dos anticorpos anti-HIV a partir de 1986. Em 1984, essas subcategorias representavam 62% dos casos da categoria de exposição sangüínea e, em 2002 corresponde a 0,1%, como apresentado também no boletim epidemiológico sobre AIDS, publicado pelo Ministério da Saúde - Brasil¹⁸.

Em nosso estudo não foi verificado nenhum óbito nas categorias de exposição transmissão sangüínea.

Enquanto isso, segundo BRITO ⁶ o segmento de UDI, desde meados dos anos oitenta, passou a ocupar posição de destaque entre os casos por transmissão sangüínea. Em 1984, 37% dos casos por transmissão sangüínea, eram atribuídos ao compartilhamento de agulhas e seringas, entre UDI. Segundo o Ministério da Saúde- Brasil, nos dados da epidemia de 1980-2002 a categoria UDI representa 19,7%.

Em nossa análise foi observado, que a categoria UDI representou 40% dos óbitos, sendo que 47,46% eram do sexo masculino e 23,08% do sexo feminino.

Destaca-se que SANTOS ¹⁵, encontrou que 40,4% dos óbitos eram representados por UDI, condizendo com os valores encontrados nesta pesquisa para esta categoria de exposição. O autor refere ainda que quanto as categoria de exposição heterossexual, homossexual/bissexual encontrou 27,3%, 2,5%, respectivamente, sendo estes valores inferiores aos encontrados neste trabalho.

Ao analisar a variável contagem de CD4, autores como YARCHOAN ⁵, relatam que *“desde o início da epidemia da SIDA a depressão progressiva de linfócitos CD4 tem sido reconhecida como evento central na patogênese e progressão da doença. Os linfócitos CD4 exercem um papel importante no sistema imune, sendo que suas funções incluem fornecer ajuda para produção de anticorpos, produção de citocinas em resposta a estimulação antigênica específica, coordenar respostas imunes e especificamente promover a lise de células infectadas por vírus através de antígenos de histocompatibilidade do tipo 2. Entretanto, os linfócitos CD4 servem como receptor celular para o HIV”*.

Neste estudo encontrou-se que 48,24% do total de pacientes não possuíam registro de células CD4 até os seis meses que antecederam a última internação. Dentre os que possuíam a contagem, 51,76% do total de pacientes, 70,46% apresentaram-se com CD4 menor que 100 células/mm³.

O autor comenta ainda, que encontrou em seu trabalho que a contagem de linfócitos CD4 abaixo de 50 células/mm³, representa uma variável prognóstica estatisticamente significativa como indicador de mortalidade. Sugere que a contagem de CD4 pode proporcionar informações diagnósticas sobre infecções oportunistas naturais que se desenvolvem em pacientes infectados pelo vírus HIV e sobre a probabilidade desta infecção ser fatal.

CHAISSON ¹⁷, em seu estudo relata que a contagem de células CD4 era o mais importante preditor de sobrevida. Estes dados corroboram com o encontrado por outros autores como SANTOS ¹⁵ e MENEGOTTO ¹⁹.

Segundo YARCHOAN ⁵, *“nossos resultados sugerem que a restauração da contagem de linfócitos CD4 a níveis normais em pacientes infectados pelo HIV podem não necessariamente reduzir a taxa de mortalidade, embora a restauração completa do sistema*

imune permaneça como objetivo terapêutico, a simples manutenção de linfócitos CD4 acima de 50 células/mm³, podem melhorar substancialmente a sobrevida a longo tempo”.

Ao analisar dados sobre as causas básicas e associadas de morte, resgatamos que para CHAISSON ²⁰, *“as doenças oportunistas são a principal manifestação da infecção pelo HIV. Estas causam substancial morbidade, resultando em hospitalização, e necessidade de terapias tóxicas e dispendiosas além de encurtar a sobrevida de pacientes com infecção pelo HIV. Virtualmente toda mortalidade relacionada ao HIV é precedida por doenças oportunistas. A profilaxia para várias doenças oportunistas tem mostrado um aumento da sobrevida global. Estudos recentes têm mostrado a importância dos fatores virais na história natural da doença, particularmente associados com altos níveis de carga viral no plasma e tecidos linfóides, com pobre prognóstico. Um grande número de estudos tem demonstrado que aumentos na carga viral de pacientes com doenças oportunistas ou em pacientes cujo sistema imune tem sido estimulado por desafios antigênicos. Essas observações sugerem que os efeitos indiretos das doenças oportunistas podem exercer um importante papel na história natural da doença pelo HIV”.*

O mesmo autor encontrou que todas as doenças oportunistas, exceto criptococose e herpes zoster eram significativamente associados com aumento no risco de morte. A associação de doença oportunista e morte pode ser explicada por inúmeros mecanismos. Algumas doenças tais como pneumocistose e linfoma não-hodgkin podem resultar em mortalidade imediata e direta em curto intervalo de tempo. Pacientes com doenças oportunistas podem ter interrupção na terapia antiretroviral causando mais rápida progressão da doença. Para CHAISSON ²⁰ *“dados recentes demonstram que infecções oportunistas causam um aumento da replicação do HIV e aumento da carga viral. Estimulação antigênica através de vacinas podem também causar aumentos transitórios na carga viral, embora isto não esteja consistentemente relatado. O meio pelo qual as infecções oportunistas aumentam a expressão do HIV podem incluir ativação antígeno-mediada, ativação de células-T não infectadas que são mais susceptíveis à infecção pelo HIV, promoção e replicação de citocinas pró-inflamatórias tais como fator de necrose tumoral alfa (TNF α). A média de perda de células CD4 em pacientes com doenças oportunistas é quase o dobro de pacientes sem doenças oportunistas durante o intervalo de observação do estudo. Esse resultado sugere que o declínio de células CD4 ocorre*

concomitantemente ou depois de doenças oportunistas, possivelmente como resultado do aumento da carga viral”.

SANTO ¹¹, em seu estudo, revelou que as principais causas associadas ao óbito por SIDA eram a insuficiência respiratória, pneumonias, tuberculose, septicemia, toxoplasmose e pneumocistose.

Já MENEGOTTO ¹⁹, encontrou que as principais causas de internação eram a tuberculose pulmonar com 29,3% dos casos, seguida da candidíase orofaríngea com 25,2%, tuberculose extra-pulmonar/disseminada 17,5%, neurotoxoplasmose 15,8% e pneumonia bacteriana 14,5%.

Neste estudo constatou-se um total de 18,18% dos pacientes acometidos por tuberculose, 15,15% por pneumonia bacteriana, 9,69% por pneumocistose, 9,09% pela neurocriptococose, 8,48% pela neurotoplasmose e choque séptico em 8,48% dos casos.

Ao analisar a pneumonia na SIDA como causa de mortalidade, resgatamos o que nos coloca MENEGOTTO ¹⁹: *“as manifestações pulmonares são problemas freqüentes à imunodepressão colaborando com a morbimortalidade de infectados pelo vírus HIV. Pneumonias bacterianas são causas de morbidade em qualquer estágio de depleção de células CD4, com predomínio em nível inferior a 200 células/mm³ e freqüentemente procedendo outras infecções oportunistas... O desenvolvimento de bacteremia e resistência bacteriana, são fatores de alarme no manejo da intercorrência”.*

Sobre a tuberculose o mesmo autor coloca que, passadas décadas de intervenção positiva obtida com os tuberculostáticos, a tuberculose ressurgiu nos anos noventa, como emergência mundial.

Para MALHERBI ²¹, *“essa nova fase da tuberculose, vem caracterizada, pela conjunção entre ‘o velho e o novo’, ou seja, o flagelo do passado entrelaçado ao flagelo do presente, traduzindo-se na associação de uma bactéria e um vírus, o micobacterium tuberculosis e o human immunodeficiency vírus (HIV). Embora não seja o único fator explicativo para o agravamento do perfil epidemiológico da tuberculose no mundo, a infecção pelo HIV, vem sendo citada como um dos mais relevantes fatores que alteram o equilíbrio entre o homem e o bacilo de koch. O HIV, pelo comprometimento do sistema imunológico, não só contribui para a progressão da tuberculose ativa, em pacientes anteriormente infectados, como para a evolução rápida para tuberculose primária em*

decorrência de infecções recentes. Por outro lado, evidências indicam que o micobaterium tuberculosis ativa a replicação do vírus HIV, acelerando a progressão para a AIDS”.

Relata ainda que encontrou em sua pesquisa, que dos óbitos por SIDA de residentes no Estado de Santa Catarina, no período de 1996-1999, em 11,8% havia menção da tuberculose como causa associada.

Destacamos que o percentual de co-infecção tuberculose/HIV encontrados a partir da análise das declarações de óbitos das mortes por AIDS em Santa Catarina, no estudo de MALHERBI ²¹ foi menor que o encontrado no presente trabalho.

SANTO ¹¹, analisando as causas básicas e associadas de morte por AIDS em São Paulo, em 1998, encontrou a tuberculose como causa associada em 19,6% dos óbitos.

SILVA ²², em estudo realizado no período de 1985-1994, no município de Araraquara – SP, encontrou a tuberculose, citada como causa associada, em 16,2% do total de óbitos por SIDA em mulheres. Tal diferença pode ter como hipótese explicativa, as diferenças de incidência de tuberculose nos locais estudados.

Sobre a pneumocistose como causa básica e/ou associada de morte, MENEGOTTO ¹⁹, afirma que a pneumocistose (pneumonia por *Pneumocystis carinii*) surgiu na emergência da SIDA como principal evento definidor e de ampla mortalidade aos acometidos. Os registros nacionais de notificações acumuladas referem-na como a infecção oportunista mais freqüente.

Em relação a neurocriptococose, o referido autor, em seu estudo, afirma que o patógeno oportunista *Cryptococcus neoformans* apresenta preponderância, próxima a 90% dos casos de comprometimento do sistema nervoso central (SNC).

Já nos estudos de NEGREIROS ²³, a associação SIDA/Criptococose gera dificuldades no tratamento, tanto na questão da erradicação do fungo, o que raramente é possível, como também no manejo dos efeitos adversos provocados pelas drogas utilizadas. O autor demonstrou em seus estudos que existe um incremento do risco de neurocriptococose quando o número de linfócitos CD4 encontra-se abaixo de 100 células/mm³, encontrado em mais 90% de seus pacientes.

Ao analisar a variável dias de internação, MENEGOTTO ¹⁹, encontrou que a média de dias de internação por paciente foi 33,1 dias.

Em nosso estudo encontramos uma média de 26,87 dias de internação, com uma diferença de 6,02 dias superior nos homens que nas mulheres.

THULER ² encontrou uma média de 25,3 dias de internação, semelhante a encontrada neste trabalho.

Em relação ao número de internações anteriores, excluimos os 22 pacientes que tiveram o diagnóstico na primeira internação por doença oportunista abrindo o quadro clínico que resultou em óbito. Dos 63 pacientes que foram a óbito no ano de 2003 no HNR por SIDA, 34 (53,96%) apresentaram internações anteriores nesta instituição, onde verificou-se que a média de internações anteriores foi de 3,97.

THULER ², mostra que os pacientes de seu estudo apresentavam história de internação prévia em outra instituição de 39,1% no ano de 1990, 18,5% no ano de 1992, 30,2% no ano de 1994, comparando estes dados com este trabalho, chegamos a conclusão que este trabalho apresenta valores superiores aos encontrados pelo autor, indicando que o maior número de nossos pacientes apresentava internações anteriores, indicando uma maior necessidade de internações devido a infecções oportunistas, refletindo um grau de depressão celular mais severo.

Em relação ao uso de TARV, verificamos que 69,41% dos pacientes não faziam uso de TARV, 7,06% o faziam irregularmente e 23,53% faziam regularmente. Entre aqueles que não faziam o uso de TARV, 47,46% eram UDI.

Comparando com MENEGOTTO ¹⁹, verificamos uma pequena diferença com relação a utilização da TARV regularmente, pois seu estudo encontrou que 26,3% dos pacientes o faziam. Encontrou ainda que 18,8% o faziam irregularmente, índice muito superior ao encontrado neste trabalho, que é de 7,06%.

Segundo LIGNANI ¹⁴, a adesão ao tratamento é tão ou mais importante na SIDA. O uso incorreto dos antiretrovirais está relacionado diretamente à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes. O mesmo autor cita, que os estudos disponíveis sobre o tema mostram que a taxa de aderência aos antiretrovirais varia entre 40% e 80%. Ainda segundo LIGNANI ¹⁴ apud Paterson et al apud Chaisson, evidencia que para manter a carga viral indetectável por tempo mais longo e obter aumentos significativos na contagem de linfócitos CD4+, a aderência aos medicamentos deve ser superior a 90%.

LIGNANI ¹⁴, cita que no Brasil, até o ano de 1999, poucos estudos sobre o assunto haviam sido publicados, como o de Lemes e Nemes et al. Este avaliou a aderência aos anti-retrovirais em 27 centros de tratamento da infecção pelo HIV/ SIDA no Estado de São Paulo, encontrando taxa de aderência em torno de 73,8%.

LIGNANI ¹⁴ em seu estudo encontrou coeficientes de variação de 70,8%, 74% e 76,5% entre as três estimativas de aderência.

Comparando os dados por ele apresentados com o presente estudo, encontramos grau de aderência muito inferior. Em seu trabalho, o autor tinha uma população onde os UDI correspondiam a 2,5%, homossexual 31,1% da população estudada, ao contrário de nosso trabalho onde a categoria de exposição UDI correspondia a 40% da população estudada, e homossexual/bissexual a 10,59%. A comparação da população dos dois estudos apresenta-se diferente, refletindo graus diferentes de aderência.

Segundo LIGNANI ¹⁴ apud PATERSON, a boa adesão está correlacionada ao bom prognóstico, possibilitando aumento na contagem de linfócitos CD4 + e manutenção da carga viral indetectável por maior período de tempo.

Sobre a variável sobrevida, em nosso trabalho encontramos uma sobrevida mediana de 19 meses para todos pacientes. Para os pacientes do sexo masculino encontramos uma sobrevida mediana de 24 meses e para o sexo feminino uma sobrevida mediana de três meses. Com relação aos pacientes que faziam uso de TARV encontramos uma sobrevida mediana de 76 meses e para aqueles que não faziam uso de TARV encontramos uma sobrevida mediana de cinco meses. Nos pacientes do sexo masculino que faziam uso de TARV encontramos uma sobrevida mediana de 72,5 meses, enquanto naqueles que não faziam uso de TARV a sobrevida mediana é de 17 meses. Nos pacientes do sexo feminino que não faziam uso de TARV encontramos uma sobrevida mediana de 84 meses, enquanto naqueles não faziam uso de TARV a sobrevida mediana é de apenas dois meses.

LEMP ⁷ mostra que a sobrevida mediana para todos os pacientes era de 12,5 meses, enquanto que para o sexo feminino era de 5,9 meses e para o sexo masculino era de 12,5 meses. Mostra ainda, que a sobrevida mediana de 21,3 meses para aqueles pacientes que estavam recebendo zidovudina (AZT) ou didanosina (ddI) e para aqueles que não estavam recebendo AZT ou ddI era de 13,9 meses.

LEMP ⁷, nos mostra que a sobrevida mediana dos pacientes do sexo masculino que estavam recebendo AZT ou ddI era 21,8 meses e aqueles que não estavam recebendo AZT ou ddI era de 14,6 meses.

LI ²⁴ mostra que no período de 1991-1996, encontrou uma sobrevida mediana de 17,7 meses para o total de óbitos. No sexo feminino a sobrevida mediana foi de 16,4 meses e no sexo masculino a sobrevida mediana foi de 17,7 meses.

LEMP ²⁵, mostra uma sobrevida mediana de 1,1 meses (1981-1985), 3,4 meses (1986-1987), 13,4 meses (1988-1990) para o sexo feminino. No sexo masculino a sobrevida mediana era de 9,7 meses (1981-1985), 14,5 meses (1986-1987), 17 meses (1988-1990). No total verifica-se uma sobrevida mediana de 11,1 meses no sexo feminino, e 14,36 meses no sexo masculino.

O mesmo autor mostra ainda, que a sobrevida de pacientes que estavam ou não recebendo TARV (AZT ou ddI), a sobrevida mediana de 19,2 meses era verificada no sexo feminino que estava recebendo AZT ou ddI, enquanto que os que não recebiam era 6,4 meses.

SCHWARCZ ²⁶, nos mostra que a sobrevida mediana era de 19 meses para pessoas com diagnóstico entre 1987 a 1989; 17 meses para pessoas com diagnóstico entre 1990 a 1992, 15 meses para pacientes diagnosticados entre 1993 a 1994 e 31 meses para pacientes diagnosticados entre 1995 a 1996.

Segundo MARINS ²⁷ apud CHEQUER a sobrevida mediana no Brasil, dos pacientes com SIDA maiores de 12 anos, no período de 1982 a 1989, era de apenas 5,1 meses, isto significa dizer que cerca de 50% dos pacientes morriam em menos de 6 meses, após o diagnóstico da primeira infecção oportunista.

O mesmo autor cita que a primeira perspectiva que surgiu, na mudança deste cenário, foi a descoberta de um Inibidor da Transcriptase Reversa, a zidovudina em 1989, o qual se mostrou eficaz inicialmente, porém, estudos posteriores demonstraram que seu uso de fato melhorava a qualidade de vida, contudo não alterava o tempo de sobrevivência.

Explica que alguns anos se passaram, até que surgiram outros inibidores da transcriptase reversa (ddI, ddC-zalcitabina), os quais, após a indicação de uso associado com o AZT em 1995, demonstraram, pela primeira vez, serem capazes de aumentar

discretamente a sobrevivência das pessoas afetadas, inaugurando por isto, a chamada época da terapia dupla.

Refere que em 1996, o Dr. David Ho anunciou na Conferência Mundial de Aids em Vancouver, o popularmente conhecido “coquetel”, apresentando para o mundo um esquema terapêutico composto por dois ITRN (inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo) e um IP (inibidor de protease) cujo uso, em condições controladas, demonstrou um espantoso aumento de sobrevida, chegando a se conjecturar, à época, que tal tratamento, intitulado de terapia antiretroviral de alta potência, pudesse após 3 anos de uso contínuo, eliminar o vírus e hipoteticamente, se conseguir a cura da SIDA. Infelizmente a perspectiva de cura não se confirmou, pois rapidamente constatou-se que além da grande capacidade do vírus desenvolver resistência a estas drogas, tal esquema terapêutico não era capaz de debelar por completo o HIV de todos os tecidos humanos.

Ainda segundo este autor, apesar da frustração, a TARV trouxe avanços inestimáveis, esclarecendo aspectos fundamentais da história natural da doença (relação do CD4, carga viral e evolução clínica), bem como demonstrou que, na vigência desse novo tratamento, a SIDA passaria a ser uma enfermidade crônica, compatível com a sobrevivência, até então inusitada e, sobretudo, com grande preservação da qualidade de vida.

Segundo sua pesquisa coloca também que a sobrevida mediana dos pacientes maiores de 12 anos no Brasil sofreu grande mudança entre o período 1982-1989 para 1995-1996. No primeiro período, 50% dos pacientes sobreviviam cerca de seis meses após o diagnóstico, enquanto no ano de 1995 passaram a viver 16 meses e os diagnosticados em 1996 tiveram um grande acréscimo sobrevivendo 58 meses.

Comparando os dados do presente estudo com outros apresentados nesta discussão, verificou-se que os pacientes apresentaram uma sobrevida mediana inferior. Já comparando os pacientes que fazem uso de TARV, verificamos os benefícios trazidos pela mesma, traduzidos em números, nossos pacientes do sexo feminino apresentaram uma sobrevida mediana de 84 meses e do sexo masculino 72,5 meses, números muito superiores comparados com aqueles que não fazem uso de TARV, em que a sobrevida mediana do sexo feminino é de 2 meses e do sexo masculino é de 17 meses.

Em nosso estudo comparando os pacientes do sexo masculino sem uso TARV com os pacientes do sexo feminino sem uso TARV, encontramos uma sobrevida mediana maior no sexo masculino. Tal afirmação é sustentada por LEMP em sua pesquisa de sobrevida com homens e mulheres com SIDA.

LEE²⁸ cita em seu trabalho que não observou diferenças na sobrevida em relação ao sexo. Mas referenda dois estudos anteriores de sobrevida de pacientes com SIDA que mostraram incremento do risco de morte entre mulheres comparadas com homens, mas, análises subseqüentes não encontraram diferenças em relação ao sexo, quando se manteve controle de variáveis como contagem de células CD4, tratamento, modo de exposição ao HIV, infecções oportunistas e ano do diagnóstico.

6.0 CONCLUSÃO

- 1- O perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito no Hospital Nereu Ramos e que tinham a SIDA como causa básica e/ou associada de óbito foi o de homens brancos, na faixa etária de 40-49 anos, solteiros com nível de escolaridade de até 7 anos de estudo.
- 2- A categoria de exposição predominante ao HIV foi o uso de drogas injetáveis.
- 3- O percentual de 70,46% dos pacientes apresentavam, no momento do óbito, uma imunossupressão severa, com uma contagem de CD4 inferior a 100 células/mm³.
- 4- A principal causa de morte associada por SIDA foi a tuberculose.
- 5- Dos pacientes que faleceram tendo causa básica e/ou associada de óbito a SIDA, 100% preencheram os critérios de definição da doença.
- 6- Em relação ao diagnóstico da doença/infecção 22 pacientes (25,88%) tiveram o diagnóstico durante a internação em que ocorreu o óbito, sendo que desses, 12 pacientes (54,54%) eram do sexo feminino.
- 7- Dentre os pacientes que não faziam uso de terapia antiretroviral, 62,1% pertenciam a categoria de exposição de usuários de drogas injetáveis.
- 8- Dos 85 pacientes que foram a óbito no ano de 2003 no Hospital Nereu Ramos, tendo como causa básica e/ou associada SIDA, 34 (40%) apresentavam internações anteriores nesta instituição. O número médio de internações anteriores foi de 3,97.
- 9- A média de dias de internação por paciente foi de 26,87 dias.
- 10- Dos pacientes que foram a óbito no Hospital Nereu Ramos em 2003, 69,41% não faziam uso de terapia antiretroviral.
- 11- Dos pacientes que foram a óbito no Hospital Nereu Ramos no ano de 2003 que não utilizavam terapia antiretroviral, 47,46% eram usuários de drogas injetáveis.
- 12- Com relação ao tempo médio de vida, encontramos um tempo médio de vida de 41,9 meses, com uma sobrevida mediana de 19 meses. Para o

sexo masculino o tempo de vida foi de 47,05 meses, com uma sobrevida mediana de 24 meses, sendo que para o feminino o tempo médio foi de 30,04 meses e uma sobrevida mediana de três meses.

- 13- Com relação ao tempo médio de vida dos pacientes que faziam uso de terapia antiretroviral, encontramos um tempo médio de vida de 65,72 meses e uma sobrevida mediana de 76 meses. Para aqueles que não faziam uso de terapia antiretroviral, o tempo médio de vida foi de 30,23 meses e uma sobrevida mediana de cinco meses.

7.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOTTLIEB, M.S. et al. *Pneumocystis pneumonia: Los Angeles*. Morb. Mort. Wkly Rep., 30:250-2, 1981.
2. THULER, Luiz Cláudio Santos; HATHERLY, André Luis; GÓES, Patrícia Nascimento; SILVA, Jorge Roberto de Almeida e. *Infecção Pelo HIV: descritores de mortalidade em pacientes hospitalizados*. Revista de Saúde Pública, 1998; 32 (6): 572-78.
3. RACHID, Márcia; SCHECHTER, Mauro. Manual de HIV/AIDS. 6 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
4. ADLER, Michael W. ABC of AIDS: Development of the epidemic. BMJ, 2001 mai; 322: 1226-29.
5. YARCHOAN, Robert, VENZON, David J., PLUDA, James M., LIETZAU, Jill, WYVILL, Kathleen M., TSIATIS Anastasios A., et al. Count and the Risk for Death in Patients Infected with HIV Receiving Antiretroviral Therapy. Annals of Internal Medicine. 1991; 115 (3): 184-89.
6. BRITO, Ana Maria de, CASTILHO, Euclides Ayres de, SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000 Mar/Abr; 34 (2): 207-17.
7. LEMP, G.F.S.; PAYNE, S.; NEAL, D.; TEMELSO, T.; RUTHERFORD, G. Survival trends for patients with AIDS. JAMA 1990; 263: 402-6.
8. MOORE, R.D.; HIDALGO, J.; SUGLAND, B.W. ; CHAISSON, R.E. Zidovudine and the natural history of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. N. Engl. J. Med.; 324: 1412-6, 1991.
9. LEMOS, Kátia Regina Valente de; VALENTE, Joaquim Gonçalves. *Mortalidade por AIDS no Estado do Rio de Janeiro – 1991 a 1995*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001 jul/ago; 17 (4): 957-68.
10. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Boletim Epidemiológico AIDS - 1998-99. 12 (1).

11. SANTO, Augusto Hasiak; PINHEIRO, Celso Escobar; JORDANI, Margarete Silva. Causas básicas e associadas de morte por AIDS, Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Revista de Saúde Pública* 2000;34 (6): 581-88.
12. PEIXOTO, Heloisa Côrtes Gallotti. *Análise da Mortalidade em Santa Catarina*. Florianópolis, 2000.
13. CHAISSON, R.E. Take as directed? Adherence and outcomes of therapy. **Medscape** [serial online]1999. Available from URL: <http://www.medscape.com>
14. LIGNANI, L.J.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/ Aids. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(6):495-501.
15. SANTOS, Roseli dos. Perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito por SIDA no Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, nos anos de 2001/2002. Florianópolis, 2003. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
16. ZANIVAN, E. B. A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no Estado de Santa Catarina. 1984-2000. Florianópolis, 2001. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
17. CHAISSON, R.E.; KERULY, J.C.; MOORE, R.D. Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease. *The New England Journal of Medicine*, set.1995; 333 (12).
18. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Boletim Epidemiológico AIDS 2002 abr./dez. Ano XVI, nº1 – 14ª a 52ª semana epidemiológica.
19. MENEGOTTO, V. M. Causas de internações de infectados pelo vírus HIV no Hospital Nereu Ramos em 1997. Florianópolis, 1998. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
20. CHAISSON, R.E.; GALLANT, J.E.; KERULY, J.C.; MOORE, R.D. Impact of opportunistic disease on survival in patients with HIV infection. *AIDS* 1998, 12: 29-33.
21. MALHERBI, V. C. de S. A . Tuberculose como causa básica e associada de óbito – Santa Catarina, 1996-1999. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em saúde Pública), Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

22. SILVA, R.C.P. Caracterização epidemiológica da AIDS entre as mulheres, no município de Araraquara-SP. Ver. Ciênc. Fam. 1997; 18 (2): 277-91.
23. NEGREIROS, D. P. *Nerocriptococose em Pacientes com SIDA*. Florianópolis, 1999. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
24. LI, Y.; McDonald, A .M.; DORE, G.J.; KALDOR, J.M. Improving survival following AIDS in Australia, 1991-1996. AIDS 2000, 14: 2349-2354.
25. LEMP, G. F.; HIROZAWA, A . M.; COHEN, J.B.; DERISH, P.A .; McKINNEY, K.C.; HERNANDEZ, S.R. Survival for Women and Men with AIDS. JAMA, jul.1992, 166: 79-79..
26. SCHWARCZ, S. K.; HSU, L.C.; VITTINGHOFF, E.; KATZ, M.H. Impact of inhibitors and antiretroviral treatments on acquired immunodeficiency syndrome survival in San Francisco, California, 1987-1996. Am. J. Epidemiol. 2000, 152: 178-85.
27. MARINS, J.R.; JAMALWW, L de F.; CHEN, S.; HUDES, E.S.; BARBOSA JUNIOR, A. ; BARROS, M.B de.A. et al. Sobrevivência atual dos pacientes com AIDS no Brasil: evidência dos resultados de um esforço nacional. Boletim Epidemiológico AIDS out.2001/ mar.2002; Ano XV, nº2 – 48ª/2001 a 13ª/2002 semana epidemiológica.
28. LEE, L. M.; KARON, JM.; SELIK, R.; NEAL, J.J.; FLEMING, P.L. Survival After AIDS Diagnosis in Adolescents and Adults During the Treatment Era, United States, 1984-1997. JAMA mar. 2001; 285: 1308-15.